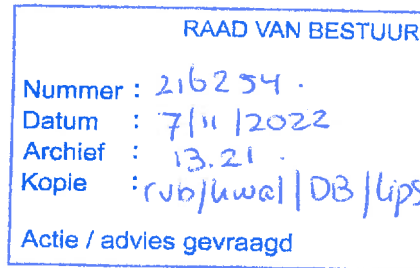




> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Groenhuysen
T.a.v. raad van bestuur
Bovendonk 29
4704 ZH ROSENDAAL



Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij
I. van Ouwerkerk
ri.utrecht@igj.nl

Ons kenmerk
V2043986
2022-2814642/IO/pw

Bijlage(n)
Definitief rapport

Datum 1 november 2022
Betreft Definitief rapport inspectiebezoek

Beste raad van bestuur,

Op 06 juli 2022 brachten Astrid Jansen, inspecteur, en ik een inspectiebezoek aan Stichting Groenhuysen, locatie Heidestede in Sint Willebrord. Wij stuurden u het conceptrapport van dit bezoek op 22 augustus 2022 om ons te wijzen op eventuele feitelijke onjuistheden. Op 16 september 2022 ontvingen wij uw reactie. In deze brief leest u wat de inspectie met uw opmerkingen deed. Het definitieve rapport vindt u bij deze brief.

Wat deed de IGJ met uw opmerkingen?

De door u aangegeven feitelijk onjuistheden waren voor mij aanleiding om het rapport aan te passen. Het inspectieoordeel is niet gewijzigd.

De inspectie deed de onderstaande (tekstuele) wijzigingen in het inspectierapport.

Pagina 5 Beschrijving Stichting Groenhuysen en Heidestede

De inspectie verwijderde de zin 'Heidestede biedt daarnaast ook dagopvang aan'.

De inspectie voegde een zin toe, namelijk 'Niet alle appartementen zijn tijdens het inspectiebezoek bezet'.

De inspectie voegde bij het onderwerp 'zorgverleners' ook toe dat bij Heidestede een verpleegkundig specialist voor 0,74 fte werkzaam is.

Pagina 15 Norm 3.2

De inspectie wijzigde de term 'Meldingen Incidenten Cliënten (MIC)' in 'Veilig Incident Melden (VIM)'.

Pagina 20 Bijlage 2 Beoordeelde documenten

De inspectie voegde de naam van het document 'Gevolgde scholingen Heidestede' aan de bijlage toe.

Daarnaast wijzigde de inspectie in het gehele inspectierapport 'Sint Willibrord' in 'Sint Willebrord'.

Wij stellen hiermee de bevindingen in het inspectierapport vast. In het definitieve rapport leest u naast de bevindingen en het inspectie oordeel ook de conclusie van de inspectie. Daarnaast leest u de maatregelen die u moet nemen.

Datum
1 november 2022

Kenmerk
V2043986
2022-2814642/10/pw

De inspectie maakt het rapport openbaar

In de Gezondheidswet staat dat de inspectie haar rapporten openbaar maakt via www.igj.nl. Wij doen dit pas twee weken nadat we u het definitieve rapport hebben gestuurd.

Bij openbaarmaking houdt de inspectie zich aan de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat in onze rapporten geen gegevens staan die tot een persoon herleid kunnen worden. Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie vindt u op www.igj.nl/onderwerpen/openbaarmaking.

Met dit definitieve rapport is het toezichttraject bij Stichting Groenhuysen, locatie Heidestede, nog niet afgerond. Als de inspectie het toezichtstraject afrondt, zal zij dat ook op www.igj.nl openbaar maken.

Vragen?

Het kan zijn dat deze brief vragen bij u oproept. U kunt uw vragen naar mij sturen via e-mail VVRT@igj.nl, onder vermelding van V2043986.

Met vriendelijke groet,



Iris van Ouwerkerk
Inspecteur



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Groenhuysen,
locatie Heidestede
in Sint Willebrord op 6 juli 2022

Utrecht, oktober 2022

V2043986

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding bezoek 4
1.2	Doel en werkwijze 4
1.3	Beschrijving Stichting Groenhuysen en Heidestede 4
1.4	Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ (Wvvgz) 6
2	Conclusie en vervolgacties 7
2.1	Conclusie bezoek 7
3	Resultaten Heidestede 8
3.1	Persoonsgerichte zorg 8
3.2	Deskundige zorgverlener 10
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
3.4	Hygiëne en infectiepreventie 16
3.5	Medicatieveiligheid 18
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 19
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) sprak op 6 juli 2022 met de raad van bestuur en de raad van commissarissen van Stichting Groenhuysen (Groenhuysen) in Roosendaal. Aansluitend bracht de inspectie een aangekondigd bezoek aan de locatie Centrum voor Wonen en Zorg Heidestede (Heidestede) in Sint Willebrord.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De inspectie bezocht in 2019 twee locaties van Groenhuysen, namelijk Centrum voor Wonen & Zorg Kroonestede (Kroonestede) en Centrum voor Wonen en Zorg Kerkakkers (Kerkakkers). De inspectie constateerde dat vooral het sturen op kwaliteit en veiligheid van de zorg niet op orde was, waarna vervolgtoezicht volgde. De inspectie bracht een vervolfbezoek in 2020 op locatie Kerkakkers. De inspectie constateerde tijdens dit inspectiebezoek dat Kerkakkers (grotendeels) aan de getoetste normen voldeed. De inspectie had vertrouwen in de wijze waarop Groenhuysen stuurde op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie sloot daarom dit toezichttraject af.

De inspectie wil met dit inspectiebezoek aan Heidestede toetsen in hoeverre Groenhuysen het sturen op de kwaliteit en veiligheid van zorg in de organisatie heeft geborgd. De inspectie koos voor Heidestede, omdat zij deze locatie niet eerder bezocht.

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van commissarissen. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezocht de inspectie één locatie. Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid, hygiëne en infectiepreventie en medicatieveiligheid. De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving Stichting Groenhuysen en Heidestede

Groenhuysen

Groenhuysen biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp en dagactiviteiten. Groenhuysen heeft zestien centra voor Wonen & Zorg in West-Brabant in de regio's Moerdijk, Halderberge, Roosendaal en Rucphen. Het management bestaat op het moment van het inspectiebezoek uit een eenhoofdige raad van bestuur. De inspectie leest op de website van Groenhuysen dat vanaf 1 oktober 2022 een tweede lid van de raad van bestuur start. Groenhuysen heeft een raad van commissarissen bestaande uit vijf leden.

Groenhuysen heeft een centrale cliëntenraad (CCR). Daarnaast heeft iedere locatie een eigen cliëntenraad (CR). Een afvaardiging van deze leden vormt de CCR. Heidestede heeft een CR bestaande uit zes leden. De voorzitter van deze CR zit ook in de CCR van Groenhuysen.

Heidestede

Locatie Heidestede is een centrum voor Wonen & Zorg in Sint Willebrord. Heidestede biedt zorg en welzijn in kleine woongroepen aan 108 cliënten met een psychogeriatrische (PG) en/of somatische aandoening. Deze cliënten hebben een éénkamerappartement met gedeeld sanitair. Zij verblijven overdag vooral in de gemeenschappelijke huiskamers. Daarnaast heeft Heidestede 48 ruime appartementen waar cliënten wonen met vooral een somatische zorgindicatie.

Cliënten

Ten tijde van het bezoek ontvangen 125 cliënten zorg. Niet alle appartementen zijn tijdens het inspectiebezoek bezet. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV8. De inspectie bezoekt de afdelingen waar cliënten met een psychogeriatrische aandoening verblijven.

Zorgverleners

Cliënten krijgen zorg van 262 (91,52 fte) zorgverleners, waarvan;

- 4 (2,69 fte) verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 6;
- 21 (8,7 fte) verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4;
- 129 (45,68 fte) verzorgenden met deskundigheidsniveau 3;
- 78 (27,11 fte) helpenden met deskundigheidsniveau 2;
- 30 (7,34 fte) medewerkers met deskundigheidsniveau 0/1, zoals gastvrouwen.

Op Heidestede zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een specialist ouderengeneeskunde (SO), basisarts, psycholoog (0,74 fte), verpleegkundig specialist (0,74 fte), ergotherapeut (0,32 fte), fysiotherapeut (0,44 fte) en diëtist (0,09 fte). De SO of de huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. De basisarts werkt onder supervisie van de SO. Er zijn vier HBO-verpleegkundigen op Heidestede die werken als kwaliteitsverpleegkundige. Daarnaast wordt één HBO-verpleegkundige opgeleid tot kwaliteitsverpleegkundige.

Locatieaansturing

Een locatiemanager stuurt Heidestede aan. De locatiemanager van Heidestede bekleedt vanaf 1 juli 2022 deze functie. Tot 1 juli 2022 was zij locatiemanager van een andere locatie van Groenhuysen. De verschillende gesprekspartners vertellen dat Heidestede in de afgelopen jaren veel wisselingen in het locatiemanagement heeft gehad.

COVID-19

De bestuurder vertelt dat Heidestede in de COVID-19-pandemie zwaar getroffen is. De locatie kende vele COVID-19 besmettingen onder zowel de cliënten als de zorgverleners. Zo waren tijdens de laatste golf tachtig cliënten besmet, waarvan er veertig zijn overleden. Daarnaast hadden cliënten, familieleden en zorgverleners veel moeite met de COVID-19-maatregelen. De bestuurder vertelt dat vooral familieleden het moeilijk vonden dat zij niet meer aandacht aan de cliënten konden geven.

De bestuurder vertelt daarnaast dat hij onderdeel was van het Regionaal Overleg Niet Acute Zorg (RONAZ). Ook geeft hij aan dat zij in de regio snel besluiten namen over testen, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en het vaccineren van cliënten en zorgverleners. Daarnaast gaven medewerkers van de verschillende stafafdelingen van Groenhuysen ondersteuning op de locaties.

Locatieontwikkelingen

De bestuurder vertelt dat Heidestede een locatie in ontwikkeling is. Naast de vele wisselingen in het locatiemanagement is ook de veranderbereidheid van zorgverleners een aandachtspunt. Zo vertelt de bestuurder dat hij een jaar geleden het masterplan 'Heidestede 2.0' introduceerde om de uitdagingen op Heidestede vorm te geven. De locatie had te maken met een mismatch tussen de deskundigheid van zorgverleners en de toenemende complexiteit van de zorgvraag van cliënten. Eén verbeteractie uit het masterplan is de komst van de kwaliteitsverpleegkundige op de locatie.

1.4 Actuele ontwikkelingen in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ (Wvggz)

Stichting Groenhuysen staat met meerdere locaties ingeschreven in het openbaar locatieregister als Wzd-accommodatie(s) en locatie(s). Heidestede staat sinds 1 januari 2020 ingeschreven als een Wzd-accommodatie. Op de website van Groenhuysen leest de inspectie dat zij binnen persoonsgerichte zorg ook aandacht heeft voor onvrijwillige zorg en/of onvrijwillig verblijf onder de Wzd. Zo leest de inspectie dat Groenhuysen alle deskundigen in huis heeft om de rollen die nodig zijn om het Wzd-stappenplan te kunnen toepassen, in te vullen.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Heidestede nog onvoldoende voldoet aan de getoetste normen. Vier van de twaalf getoetste normen voldoen (grotendeels) niet. De inspectie ziet wel dat de bestuurder de problemen die op de locatie spelen in beeld heeft. De inspectie constateert echter ook dat Groenhuysen net als in 2019 het sturen op kwaliteit en veiligheid beter in de organisatie moet borgen. Daarnaast moet Groenhuysen zorgen voor voldoende deskundige zorgverleners, zodat de zorgverleners ook tijd hebben om te leren en verbeteren. Heidestede zal de professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt beter moeten aantonen. Zo ontbreken de individuele afwegingen bij cliënten over de (on)mogelijkheden om zelfstandig de gesloten afdeling te verlaten. De inspectie concludeert dat vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Stichting Groenhuysen verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van Heidestede verwacht*

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie verwacht **uiterlijk 14 december 2022** een plan van aanpak waarin Groenhuysen voor Heidestede beschrijft hoe de organisatie de vrijheid aan cliënten biedt om de locatie te verlaten. Dit plan van aanpak bevat in ieder geval de onderstaande onderwerpen:

- Een tijdsindicatie van de te nemen stappen;
- De wijze waarop Heidestede de cliënten, cliëntvertegenwoordigers, zorgverleners en de behandelaren betreft;
- De wijze waarop Heidestede navolgbare individuele afwegingen maakt over de (on)mogelijkheden om zelfstandig de gesloten afdeling te verlaten en hierbij zo nodig het Wzd-stappenplan hanteert.

De inspectie verwacht dat Stichting Groenhuysen de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie bepaalt de inspectie het vervolgtoezicht. De inspectie zal het plan van aanpak na ontvangst beoordelen. De inspectie gaat hierover vervolgens in gesprek met de bestuurder. In dit gesprek bespreekt de inspectie ook het onderwerp 'sturen op kwaliteit en veiligheid' bij Groenhuysen en de borging hiervan.

3 Resultaten Heidestede

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst.**

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede** aan deze norm.

De zorgverleners vertellen dat zij de interesses en levensverhalen van de cliënten goed kennen. Zo vertelt een zorgverlener uitgebreid over de levensloop van cliënten die in de huiskamer zitten waar de inspectie observeert. Zij vertelt bijvoorbeeld over het voormalige werk, de gezinssamenstelling en de hobby's van cliënten. De inspectie leest deze levensverhalen ook terug in het elektronisch cliëntendossier (ECD). Zo leest de inspectie over een cliënt dat zij twee kinderen heeft en twee keer getrouwd is geweest. Deze informatie is weergegeven in een tijdlijn. Een zorgverlener vertelt dat familie het levensverhaal vaak invullen.

In het ECD ziet de inspectie ook de interesses beschreven. Zo leest de inspectie dat een cliënt van breien, puzzelen en kettingen maken houdt. De inspectie ziet in de nieuwsbrief van Heidestede 'Heidenieuws' verschillende activiteiten staan die aansluiten bij de behoeftes van de cliënten, zoals handwerken, 3D-kaarten maken en de kookclub in het restaurant. De inspectie ziet tijdens de rondleiding dat cliënten meehelpen in het restaurant.

Ook leest de inspectie in de ECD's adviezen over het omgaan met het onbegrepen gedrag van cliënten. Zo leest de inspectie het advies van de psycholoog om regelmatig oogcontact te maken met de cliënt en in te haken op de thema's die de cliënt zelf aanhaalt. De inspectie leest verder in het ECD van deze cliënt, dat zij het fijn vindt als de zorgverlener zachtjes praat. De inspectie ziet tijdens de observatie dat een zorgverlener zachtjes met deze cliënt praat.

De inspectie ziet in de ECD's dat zorgverleners ook aandacht hebben voor specifieke levensvragen die cliënten bezighouden. Zo leest de inspectie in het tabblad 'Wensen rondom levenseinde' dat een cliënt waardevol afscheid wil nemen met mooie kleding en goed verzorgd wil zijn. De inspectie leest ook de reanimatiewens van cliënten in de ECD's. Zo leest de inspectie dat een cliënt niet gereanimeerd wil worden, maar wel een opname in het ziekenhuis overweegt als dit medisch zinvol is.

De inspectie ziet tijdens de rondleiding en observaties dat de fysieke omgeving aansluit op de wensen en zorgvragen van cliënten. Zo zijn de huiskamers ruim van opzet en hebben cliënten veel bewegingsruimte op de afdeling. Ook heeft Heidestede een snoezelruimte met een speciaal bad waar cliënten gebruik van kunnen maken. De inspectie ziet dat cliënten rondom het gebouw vrij kunnen lopen. In de grote tuin ziet de inspectie een volière, beweegtoestellen en meerdere zithoekjes. De locatiemanager vertelt dat zij in de tuin ook verschillende activiteiten organiseren, zoals de fanfare die komt spelen.

De inspectie ziet echter ook drie kamers van cliënten die gezamenlijk één sanitaire ruimte moeten delen. De bestuurder vertelt dat dit één van de redenen is waarom Heidestede een vastgoedstrategie maakte. Hij is in gesprek met de woningcorporatie over (ver)nieuwbouw. Een zorgverlener vertelt dat de tuin rondom de locatie niet op alle plekken veilig is voor cliënten. Ook de voorzitter van de CR heeft om enkele aanpassingen van de tuin gevraagd.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **vindt** Heidestede grotendeels aan deze norm.

De zorgverleners vertellen dat zij de eigen regie van cliënten zoveel mogelijk versterken. Zo hoort de inspectie dat cliënten zelf kunnen bepalen wanneer zij willen ontbijten en dat cliënten niet gezamenlijk ontbijten. Ook kunnen zij bijvoorbeeld kiezen wat zij willen drinken en eten tijdens de lunch.

De inspectie ziet tijdens de maaltijd dat een aantal cliënten zelfstandig eet en andere cliënten worden geholpen. Ook leest de inspectie in een ECD dat een cliënt weinig eet en drinkt als zij niet wordt gestimuleerd of hierbij geholpen wordt. De inspectie ziet dat een zorgverlener de cliënt helpt met het smeren en snijden van een boterham. De inspectie ziet dat de cliënt zelf stukjes brood pakt en deze opeet.

Een zorgverlener vertelt over een cliënt waarbij de diëtiste is betrokken. De inspectie leest in het ECD dat de cliënt een wensdieet heeft. Zo leest de inspectie dat zorgverleners de cliënt niet moeten stimuleren als zij niet wil eten, maar dit moeten accepteren. De cliënt mag zelf bepalen wanneer en wat zij eet.

De voormalig locatiemanager vertelt over een cliënt die eerst op de gesloten afdeling verbleef, maar is overgeplaatst naar een afdeling waar cliënten verblijven met een somatische aandoening. Hij vertelt dat deze cliënt aangaf meer behoefte aan vrijheid te hebben. Hij wilde graag van de afdeling af. Een zorgverlener vertelt dat zij de cliënt in het MDO bespraken. Zo maakten zij een inschatting welke risico's de cliënt zou lopen als hij van de afdeling af kon. Zij kwamen tot het besluit om de cliënt te verhuizen naar een open afdeling.

De inspectie ziet de betreffende cliënt in zijn rolstoel in de tuin zitten. De cliënt vertelt te genieten van het mooie weer.

De inspectie ziet tijdens de rondleiding dat de deuren van de afdeling waar psychogeriatrische cliënten verblijven gesloten zijn (zie ook norm 2.1). De locatiemanager vertelt dat alleen zorgverleners de deur kunnen openen met een code of speciale sleutel. De locatiemanager vertelt ook dat cliënten met een rechtelijke machtiging (RM) op Heidestede verblijven. De inspectie ziet een cliënt die de afdeling wil verlaten. De locatiemanager vertelt dat deze cliënt een RM heeft en niet naar buiten mag. De inspectie ziet dat de cliënt door een zorgverlener terug naar de afdeling wordt begeleid.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede** aan deze norm.

De inspectie ziet tijdens de observatie in de huiskamer dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zo hoort de inspectie een cliënt continu hoesten. Een zorgverlener reageert hierop door een glaasje water voor de cliënt te halen. De inspectie ziet dat de zorgverlener regelmatig bij de cliënt langsgaat en vraagt of het gaat. Ook klopt zij zachtjes op de rug van de cliënt. De inspectie ziet dat de cliënt dit prettig vindt.

Een zorgverlener vertelt uitgebreid over het levensverhaal van een cliënt. Zij vertelt over emotionele en pijnlijke gebeurtenissen uit het leven van de cliënt. De inspectie leest in het ECD niet het volledige levensverhaal van deze cliënt terug. De zorgverlener vertelt dat de familie kan meelezen in het ECD. Zij vertelt dat zij daarom bewust gevoelige informatie uit het ECD weglieten uit respect voor de cliënt. De zorgverlener vertelt ook dat familieleden daarom soms vragen specifieke informatie niet in het ECD op te nemen. Zowel de bestuurder als een zorgverlener vertellen dat Sint Willebrord een zeer hechte gemeenschap is. De zorgverlener geeft aan dat zij ervoor waakt de privacy van cliënten te beschermen.

Een zorgverlener vertelt over een cliënt die voorheen bij andere cliënten aan tafel zat. Zij vertelt dat de andere cliënten deze cliënt corrigeerde in haar gedrag, waardoor zij heel onrustig werd. De inspectie ziet de cliënt tijdens de observatie rustig aan tafel zitten en om haar heen kijken. Een zorgverlener vraagt af en toe of zij nog iets wilt eten of drinken.

Een zorgverlener vertelt dat zij de tussendeur tussen twee huiskamers tijdens het eten sluit, zodat cliënten in een rustige omgeving en in stilte kunnen eten. De inspectie hoort ook dat zorgverleners voornamelijk over het eten praten en geen gesprek over andere onderwerpen aangaan met cliënten.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners vertellen dat zij geen individuele afwegingen maken voor cliënten ten aanzien van de gesloten deuren op de psychogeriatrische afdeling. Zij vertellen dat deze deuren in principe voor alle cliënten gesloten zijn. De inspectie leest niet in de ECD's welke mogelijke risico's de cliënten lopen als zij de afdeling wel verlaten. De specialist ouderengeneeskunde (SO) geeft aan dat zij soms wel individuele afwegingen maakt. Zij legt deze alleen vast in het ECD wanneer een cliënt iets wel mag, zoals alleen naar het dorp gaan. Zij geeft aan dat er nu geen cliënten op de gesloten afdeling verblijven waarvoor een uitzondering is gemaakt.

Een zorgverlener vertelt dat zij een jaar geleden iedere maand een speciaal overleg hadden, waarin de verpleegkundig specialist alle onvrijwillige zorg op de locatie doornam. Zo bespraken zij alternatieven en evalueerden zij de inzet hiervan. De zorgverlener vertelt dat met de komst van de nieuwe basisarts dit overleg is komen te vervallen. De zorgverlener kon niet vertellen wat de nieuwe afspraken zijn.

In het visie en beleidsdocument over de Wzd leest de inspectie niet wat Groenhuysen gaat doen om de bewegingsvrijheid van de cliënten van Heidestede te verbeteren. De voormalige locatiemanager vertelt wel dat zij dit bij de (ver)nieuwbouw meenemen. Zo werkt Groenhuysen op andere locaties al wel met domotica en leefcirkels. De inspectie ziet wel dat de bewegingsverruiming en alternatieven voor onvrijwillige zorg als actiepunten in het masterplan van Heidestede staan.

Een zorgverlener vertelt dat de eerste verantwoordelijke verzorgende (EVV) verantwoordelijk is voor het intakegesprek. De EVV'er inventariseert in dit gesprek de wensen, behoeften, mogelijkheden, beperkingen en risico's van de cliënten. De zorgverlener vertelt deze informatie te gebruiken bij het maken van professionele afwegingen. Zo vertelt zij over een cliënt met een valrisico waarbij zij een heupairbag (de Wolk) uitprobeerden om zo een heupfractuur te voorkomen. De zorgverlener vertelt dat zij uiteindelijk besloten om de heupairbag alleen overdag in te zetten, omdat de cliënt drukplekken krijgt als zij hiermee slaapt. De inspectie leest in het ECD dat zorgverleners dit met de familie afstemden. De inspectie leest de zorgafspraken hierover terug in het ECD.

Een zorgverlener vertelt dat een cliënt van een andere afdeling tijdelijk in een andere huiskamer eet. De zorgverlener vertelt dat deze cliënt op haar eigen afdeling lastig wordt gevallen door een cliënt met onbegrepen gedrag. Hierdoor eet de cliënt slecht. De zorgverlener geeft aan dat zij met deze interventie hopen dat de cliënt weer goed gaat eten. De zorgverlener vertelt dat beide cliënten in het MDO besproken zijn. De inspectie ziet in de voorbereiding van het MDO dat zorgverleners de nieuwe aanpak gaan evalueren. De inspectie ziet de betreffende cliënt tijdens de observatie in de huiskamer rustig een boterham eten.

Een zorgverlener vertelt over de inzet van een valmatras en een bewegingssensor bij een cliënt. Zij vertelt dat zij de inzet van deze middelen bespraken met de arts. De inspectie ziet in het ECD de inzet van het valmatras en de sensor beschreven. De zorgverlener vertelt dat zij in het MDO het stoppen van de bewegingssensor en het valmatras wil bespreken. De zorgverlener geeft aan dat de bewegingssensor al een half jaar geen signaal heeft gegeven. Zij vertelt dat de inzet van de middelen niet meer nodig zijn, omdat de cliënt rustig in bed ligt.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede** aan deze norm.

De inspectie ziet in het ECD dat Heidestede actuele zorgleefplannen heeft, waarin de doelen en acties helder zijn vastgelegd. Een zorgverlener vertelt dat het ECD vooral uitgaat van de wensen en behoeften van de cliënt. De inspectie ziet dat het zorgleefplan is onderverdeeld in een groot aantal tabbladen, zoals risicopreventie, metingen, huidletsel en medicijnen. Zo leest de inspectie bij het tabblad 'Eten en drinken' dat bij een cliënt ondervoeding is vastgesteld. De inspectie leest dat zorgverleners contact met de diëtist moeten opnemen wanneer deze nog meer afvalt. Ook leest de inspectie in het ECD dat zorgverleners de cliënt op elke eerste dag van de maand voor het ontbijt moeten wegen. De inspectie ziet de weegresultaten in het ECD terug.

De inspectie ziet in de ECD's opvolging van zorgafspraken. Zo ziet de inspectie in het ECD van een cliënt dat een fysiotherapeut betrokken is. Deze fysiotherapeut schrijft in het ECD dat hij een afspraak bij de Parkinson fysiotherapeut heeft geregeld. De inspectie leest het verzoek aan zorgverleners om deze afspraak in het zorgplan van de cliënt te zetten. De inspectie ziet deze afspraak in het ECD terug.

De inspectie leest in het ECD van een andere cliënt het omgangsplan van de psycholoog. Zo leest de inspectie dat de cliënt onrustig kan worden als zij geen ontlasting heeft gehad. De inspectie leest ook dat de cliënt zelf niet goed kan aangeven wanneer zij naar het toilet moet. De arts heeft daarom dagelijks laxantia voorgeschreven. De inspectie ziet in het ECD dat zorgverleners dagelijks rapporteren over het gedrag van de cliënt in relatie tot haar ontlastingspatroon.

Een zorgverlener vertelt dat zij alleen bij bijzonderheden rapporteren. Zij geeft als voorbeeld dat zij niet rapporteren als een cliënt is gedoucht als dit als vaste afspraak in het zorgplan staat. Zo rapporteren zij wel als een cliënt bijvoorbeeld niet wil douchen. De zorgverlener vertelt daarnaast dat zij wel over het welzijn van de cliënt rapporteren onder het tabblad 'Welzijn'. Zo vertelt zij bijvoorbeeld te rapporteren als een cliënt heeft genoten van een douchebeurt.

Een zorgverlener vertelt dat zij als 'superuser' van het ECD iedere week een ander thema behandelt, zodat de EVV'er het ECD op dat thema in orde kan maken. Zo hadden zij de themaweek 'eten en drinken', waarin de EVV'ers de voorkeuren en wensen van de cliënt goed in het zorgleefplan moesten beschrijven.

De zorgverleners vertellen dat de behandelaren rapporteren in een ander systeem dan het ECD van de cliënt. Een zorgverlener geeft aan hierdoor soms informatie te missen bijvoorbeeld bij een palliatief traject van een cliënt. Deze zorgverlener vertelt dat in het oude ECD deze scheiding er niet was. Zij vertelt dat het medische dossier niet toegankelijk is voor de cliënt en diens familie. Een andere zorgverlener geeft aan dat informatie van de basisarts soms op een laat moment in het ECD staat, omdat de SO eerst nog de supervisie moet doen.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede grotendeels niet** aan deze norm.

Inzet zorgverleners

De zorgverleners vertellen de werkdruk wisselend te ervaren. Zo is de bezetting van zorgverleners op de afdeling wisselend, waardoor zij niet altijd de zorg volgens plan kunnen geven. De zorgverleners geven aan zich zorgen te maken over de bezetting in de komende vakantieperiode. Eén van de zorgverleners vertelt te overwegen het aankomende weekend op de locatie te gaan slapen, omdat zij de bezetting op de afdeling niet rond krijgen.

De zorgverleners vertellen dat de bezetting onderwerp van gesprek is met het locatiemanagement. Zo mogen zij zzp'ers en flexmedewerkers inzetten, maar deze zijn volgens zorgverleners op dit moment niet beschikbaar. Daarnaast spreken zorgverleners met het locatiemanagement over mogelijke oplossingen, zoals het beperken van de instroom van cliënten.

De zorgverleners vertellen daarnaast dat zij door de personele tekorten aan taakherschikking doen. Zo smeert een medewerker van de huishouding bijvoorbeeld boterhammen, als een zorgverlener daar niet aan toe komt. Een kwaliteitsverpleegkundige vertelt dat zij ook regelmatig bijspringt in de zorg. De bestuurder geeft aan dat de formatie van Heidestede in principe passend is voor de zorgzwaarte van de cliënten, maar dat zij openstaande diensten moeilijk kunnen invullen.

Een zorgverlener vertelt dat Heidestede sinds kort werkt met EVV'ers. Zij geeft aan de begeleiding van de nieuwe EVV'ers soms tekortschiet. De inspectie leest in het Wzd-beleidsdocument dat de rol van zorgverantwoordelijke in het Wzd-stappenplan voorheen bij de verpleegkundig specialist was belegd. De inspectie leest dat deze rol sinds 2021 nu bij de EVV'er ligt. Een zorgverlener/EVV'er vertelt niet bekend te zijn met deze nieuwe rol.

Een zorgverlener vertelt dat zij iedere maand teamoverleg hebben. Daarnaast vertelt de kwaliteitsverpleegkundige dat er een kernteamoverleg is met een afvaardiging van het team. De inspectie ontvangt geen notulen van deze overleggen. De bestuurder geeft in een begeleidend schrijven aan dat deze teamoverleggen door COVID-19 veelal niet zijn doorgegaan. Ook maakten zorgverleners vanwege de grote werkdruk geen notulen.

Samenwerking andere disciplines

De bestuurder vertelt dat één van de ontwikkeldoelen van Heidestede de multidisciplinaire samenwerking is. De inspectie leest dit doel terug in het masterplan. De SO licht toe dat deze samenwerking al jaren een probleem is. Zij vertelt dat de oorzaak ligt in de wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden tussen de behandeldienst en het locatiemanagement. De zorgverleners geven aan dat andere disciplines, zoals de psycholoog weinig op de werkvloer aanwezig zijn. Zij ervaren dit als een gemis, zeker nu meer cliënten onbegrepen gedrag op de afdelingen verblijven.

Deskundigheid zorgverleners

Een zorgverlener vertelt dat de locatiemanager bijhoudt wie waarvoor bevoegd en bekwaam is. Zij spreekt hier zorgverleners zo nodig op aan. De inspectie ziet een overzicht uit het kwaliteitsdashboard van vijf verplichte voorbehouden handelingen binnen Groenhuysen, zoals injecteren en katheteriseren. De

inspectie ziet deze informatie voor Heidestede weergegeven per handeling. In het overzicht staat dat twintig zorgverleners niet bevoegd en bekwaam zijn voor injecteren, van acht zorgverleners verloopt deze binnenkort en 34 zorgverleners zijn wel bevoegd en bekwaam.

De zorgverleners vertellen dat Heidestede zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. De inspectie ziet een scholingsoverzicht van gevolgde scholingen waaronder e-learnings over de Wzd en palliatieve zorg. Een zorgverlener vertelt recent een e-learning medicatiegebruik te hebben gevolgd. In het kwaliteitsplan 2022 leest de inspectie dat zorgverleners ondersteuning krijgen in het methodisch werken door het project "jouw werk op de rails". In hetzelfde plan leest de inspectie ook dat Groenhuysen leerlijnen ontwikkelde voor dementie en complementaire zorg. De leerlijnen probleemgedrag en palliatieve zorg zijn in ontwikkeling. De kwaliteitsverpleegkundigen vertellen een klinische les voor te bereiden over de Wzd en onbegrepen gedrag.

De zorgverleners vertellen daarnaast dat zij alleen voorbehouden handelingen uitvoeren als zij daar bevoegd en bekwaam voor zijn. Een zorgverlener vertelt dat zorgverleners zelf verantwoordelijk zijn voor het bijhouden van de bevoegd- en bekwaamheden. Zij doen dit via het Skillslab van de Groenhuysen Academie.

3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede grotendeels niet** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat Groenhuysen jaarlijks de kwaliteit en veiligheid van de zorg in kaart brengt door een onafhankelijk team. Uit deze inventarisaties, ook wel 'positiebepalingen' genoemd, komen ontwikkeldoelen. Deze ontwikkeldoelen worden vervolgens weer getoetst. De inspectie ziet de eindrapportage van een 'positiebepaling' van Heidestede (2020) in. De inspectie leest dat de verbeterkracht van Heidestede beperkt is. Ook de kwaliteit van zorg is op diverse onderdelen zorgelijk. De inspectie leest verschillende aanbevelingen. De bestuurder vertelt dat hij deze aanbevelingen verwerkte in het 'masterplan Heidestede 2.0'. De inspectie ziet de aanbevelingen gedeeltelijk terug in dit masterplan. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat het locatiemanagement in gesprek gaat met de behandeldienst over de verwachtingen/wensen ten aanzien van de samenwerking, communicatie en verantwoordelijk van de behandeldienst. Ook moeten zij een gedragscode afspreken. De inspectie ziet in het masterplan dat het doel niet aansluit bij de aanbeveling. Zo leest de inspectie dat het doel gaat over de planning en samenstelling van het MDO en niet over de wederzijdse verwachtingen en de samenwerking.

De bestuurder vertelt in overleggen te sturen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Zo overlegt de bestuurder met het hoofd Zorg en de locatiemanagers drie keer per jaar (4-8-12 maanden) over de kwaliteit van de zorg op de locaties. De inspectie ziet de tertaalrapportages van december 2021 en april 2022 van Heidestede in. De inspectie leest niet terug dat de gesprekspartners de voortgang van alle onderwerpen uit het masterplan bespreken.

De inspectie leest op de website van Groenhuysen dat zij op iedere locatie de klanttevredenheid meet. De bestuurder vertelt dat zij naast Zorgkaart Nederland ook een eigen meting doen. De inspectie ziet het verbeterplan klanttevredenheid 2020 in. De inspectie leest dat het onderzoek besproken is met de CR. In het

verbeterplan staan drie aandachtspunten, namelijk communicatie met de eerste contactpersoon, welzijn en facilitair. De inspectie ontvangt geen plan van aanpak over hoe deze aandachtspunten worden opgepakt. De verbeterpunten uit het klanttevredenheidsonderzoek leest de inspectie op hoofdlijnen wel terug in het masterplan.

De manager Kwaliteit vertelt dat Groenhuysen audits inzet om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te toetsen. Zo deed de apotheek een medicatieaudit bij alle locaties. De inspectie ziet twee medicatie auditrapportages (2021 en 2022) van Heidestede in. De inspectie leest in de conclusie van het auditrapport van 2022 dat de algemene indruk goed is. De inspectie heeft geen verbeterplan naar aanleiding van de aandachtspunten uit de audits ontvangen.

De zorgverleners vertellen dat het locatiemanagement en de bestuurder hen betreft bij verbeterprocessen. Zorgverleners geven aan het masterplan 2.0 te kennen.

Interne tegenspraak en medezeggenschap

De voorzitter van de CR vertelt dat de CR regelmatig met de locatiemanager overlegt en dat het contact goed is. Ook in de periode waarin er veel COVID-19-besmettingen waren, is de CR steeds goed geïnformeerd. Zij werden betrokken bij de communicatie naar de cliënt(vertegenwoordigers), aldus de voorzitter. De voorzitter vertelt dat de afgelopen periode één van de aandachtspunten was de benoeming van de nieuwe locatiemanager. Ook vertelt zij dat de CR jaarlijks een themabijeenkomst heeft met de raad van commissarissen (RvC).

De voorzitter van de RvC vertelt dat zij na het vertrek van de vorige bestuurder de bestuurlijke visie en de strategische koers herijkten. De voorzitter geeft aan dat hij de ondernemingsraad, CR, Verpleegkundige/Verzorgende Advies Raad (VVAR) en zorgverleners heeft gevraagd naar wat Groenhuysen nodig had. Zo vroeg de RvC naar de prioriteiten van de organisatie en de gewenste samenstelling van de RvB. De voorzitter geeft aan dat zij wederom voor een tweehoofdige RvB hebben gekozen (zie ook paragraaf 1.3).

Het RvC-lid van de commissie kwaliteit en veiligheid van de RvC vertelt dat de commissie elke maand het kwaliteitsdashboard met indicatoren ontvangt. Ook worden de 'positiebepalingen' met hun gedeeld. Het RvC-lid vertelt de 'hoofden' te spreken in de commissie en zo zicht te hebben op wat er speelt in de organisatie. Zo nodigde zij het hoofd Zorg uit om een toelichting te geven over de locaties. Ook gaan de commissieleden op locatiebezoek om met zorgverleners te spreken. Zo bezocht de RvC Heidestede tijdens de COVID-19-pandemie. De RvC geeft aan dat het borgen van ingezette verbeteracties een aandachtspunt bij Groenhuysen is.

Veilig Incidenten Melden (VIM)

De zorgverleners vertellen open te zijn over fouten en incidenten en deze te melden. De inspectie ziet een overzicht van de VIM-meldingen van de periode januari tot en met maart 2022. De inspectie ziet dat Heidestede de incidenten onderverdeeld in vier categorieën, namelijk vallen, medicatie, agressie of gevaarlijke situaties. In de analyse van de VIM ziet de inspectie dat af en toe een melding specifiek is beschreven, maar meestal volstaat Heidestede met het aantal incidenten per categorie. Een analyse naar basisoorzaken ziet de inspectie niet terug. Ook de verbeteracties zijn algemeen geformuleerd, zoals 'slot op kast'.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede grotendeels niet** aan deze norm.

De zorgverleners vertellen dat zij tijdens de overdracht en de dagstart reflecteren op de zorg. Zij vertellen ook tijdens teamoverleggen hier aandacht aan te besteden. In deze overleggen bespreken zij soms ook casuïstiek. De bestuurder geeft aan dat de teamoverleggen het afgelopen jaar vaak niet doorgingen en zij hiervan geen notulen maakten (zie ook norm 2.5). De kwaliteitsverpleegkundigen vertellen dat zij van plan zijn om intervisiebijeenkomsten te organiseren, omdat deze nu niet plaatsvinden. De inspectie ziet dit terug in de presentatie die zij gaven aan de bestuurder over hun positiebepaling op Heidestede.

De inspectie leest daarentegen ook in de eindrapportage van de grote positiebepaling (2020) en het 'masterplan' dat zorgverleners nog weinig reflecteren over het eigen functioneren en het functioneren als zorgteam. Ook de sfeer op de locatie kan nog verbeteren. De inspectie leest ook in de eindrapportage dat het positieteam een patroon ziet waardoor ingezette acties niet van de grond komen.

De bestuurder vertelt dat één van de ontwikkeldoelen van Groenhuysen de verbinding tussen het bestuur en de zorgprofessional is. Zo vertelt hij dat Groenhuysen daarvoor een cultuurverandering moet doormaken. Hij geeft aan dat voor een cultuurverandering goed leiderschap nodig is, daarom is Groenhuysen een leiderschapsprogramma voor alle locatiemanagers gestart. Een locatiemanager vertelt dat zij de ruimte krijgt om invulling te geven aan dit leiderschapsprogramma. Zij vertelt betrokken te worden bij organisatieontwikkelingen.

De kwaliteitsverpleegkundigen vertellen dat één van hun taken het coachen van zorgverleners op de werkvloer is. Zij vertellen met zorgverleners te bespreken hoe zij bijvoorbeeld een gedragsvisite moeten voorbereiden. De inspectie ziet een presentatie waarin de kwaliteitsverpleegkundigen hun rol beschrijven in de organisatie.

De bestuurder vertelt dat Groenhuysen aan verschillende lerende netwerken deelneemt, zoals het programma 'Anders werken in de zorg' en het dementienetwerk West-Brabant. De bestuurder vertelt ook zelf een netwerkbijeenkomst te hebben georganiseerd over de strategische samenwerking in de regio op het gebied van wonen, welzijn en zorg. De inspectie ziet hiervan de presentatie.

3.4

Hygiëne en infectiepreventie

Norm 4.1

Zorgverleners weten hoe zij handhygiëne moeten toepassen zoals beschreven in de richtlijn.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede** aan deze norm.

De inspectie ziet dat de voorzieningen voor handhygiëne voldoen aan de richtlijnen. Zo ziet de inspectie zeepdispensers, papieren handdoekjes en pedaallemmers die met de voet bediend kunnen worden. Een zorgverlener vertelt dat handalcohol op iedere cliëntenkamer en in de gangen beschikbaar is. De inspectie ziet tijdens de rondleiding meerdere dispensers met handalcohol. De inspectie ziet ook dat de handalcohol minimaal 70 procent alcohol bevat.

De inspectie ziet tijdens de rondleiding en de observatie in de huiskamers dat de handen van zorgverleners met cliëntcontact vrij zijn van sieraden, horloges, nepnagels en nagellak. De inspectie ziet ook dat de onderarmen van zorgverleners met cliëntcontact niet bedekt zijn. De inspectie ziet dat zorgverleners uniformen met korte mouwen dragen.

De zorgverleners weten op welke momenten zij handhygiëne moeten toepassen. Zo vertelt een zorgverlener dat zij voor- en na cliëntcontact handhygiëne toepast. De inspectie ziet tijdens de observatie in de huiskamer dat zorgverleners handhygiëne toepassen.

Norm 4.2

Zorgverleners gebruiken persoonlijke beschermingsmiddelen zoals beschreven in de richtlijn.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede** aan deze norm.

De inspectie ziet dat de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) op voorraad zijn. Een zorgverlener laat de kast zien met onder andere een grote voorraad handschoenen en handalcohol. Een zorgverlener vertelt dat de huismeester verantwoordelijk is voor het voorraadbeheer.

De zorgverleners vertellen te weten wanneer zij PBM moeten gebruiken. In het kwaliteitsplan 2022 staat dat iedere locatie een aandachtsvelder infectiepreventie heeft, waar zorgverleners terecht kunnen met vragen.

De inspectie ziet een overzichtsdokument 'Hygiëne en infectiepreventie'. De inspectie ziet hierin een groot aantal links naar relevante documenten. Daarnaast ziet de inspectie ook instructiefilmpjes over bijvoorbeeld handen wassen en het gebruik van maskers. De inspectie ziet daarnaast een infographic met als titel 'Hygiëne bij Groenhuysen'.

De bestuurder vertelt dat Groenhuysen een 'Coronabeleidsteam' heeft. Zo vertelt de bestuurder dat dit beleidsteam zorgt voor communicatie rondom het COVID-19-beleid en de te nemen maatregelen in de organisatie.

De inspectie ziet een aantal infectiepreventie scans uitgevoerd op drie afdelingen en op de zorgappartementen op Heidestede (augustus 2021 en januari 2022). De inspectie leest hierin een aantal aanbevelingen met foto's ter illustratie. Zo leest de inspectie bijvoorbeeld dat zorgverleners moeten beschikken over kant en klare reinigingsdoeken en kennis over het gebruik van reinigingsmiddelen. De inspectie ontvangt geen plan van aanpak over hoe deze aanbevelingen worden opgepakt.

3.5 Medicatieveiligheid

Norm 5.3

Zorgverleners beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet in het ECD meerdere actuele toedienlijsten van cliënten waarbij de SO of basisarts eindverantwoordelijk is voor de medische zorg. Groenhuysen werkt met een elektronisch medicatie toediensysteem. De inspectie ziet dat op de toedienlijsten onderscheid wordt gemaakt in medicatie in de baxterrol, buiten de baxterrol en zo nodig medicatie. De zorgverleners vertellen dat zij alleen zelfzorgmedicatie geven als deze op de toedienlijsten staan.

De inspectie ziet het medicatiebeleid van Groenhuysen in. De inspectie leest dat het beleid is opgesteld met interne en externe betrokkenen in het medicatieproces. In het medicatiebeleid staan de uitgangspunten voor medicatieveiligheid beschreven. Deze zijn gebaseerd op de 'Veilige principes in de medicatieketen'.

De zorgverleners vertellen dat zij niet voor elke cliënt uit de zorgappartementen beschikken over een actuele toedienlijst van de apotheek. Zo ontbreekt bijvoorbeeld soms slaapmedicatie op een toedienlijst. Een zorgverlener licht toe dat dit meestal voorkomt bij cliënten waarbij de huisarts eindverantwoordelijk is voor de medische zorg. Een zorgverlener vertelt dat Heidestede voor deze cliënten met negen huisartsen en vier apotheken samenwerkt. Een locatiemanager vertelt dat zij in overleg gaan met de apothekers over de toedienlijsten van cliënten.

Norm 5.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet Heidestede** aan deze norm.

De inspectie ziet in het ECD dat zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst aftekenen. Een zorgverlener vertelt dat het systeem aangeeft welke cliënt wanneer medicatie moet krijgen. Zo kleurt het tijdstip en het vakje 'groen'. Zij vertelt ook dat het vakje 'rood' kleurt als je de medicatie niet hebt afgetekend.

De inspectie ziet dat zorgverleners de tweede controle (niet GDS-medicatie) bekwaam uitvoeren. Zo ziet de inspectie wie de controle uitvoerde, doordat de initialen van de zorgverlener zichtbaar zijn. De zorgverlener vertelt dat de tweede controle door een collega wordt gedaan. De inspectie ziet een voorbeeld van een tweede controle in het ECD van een cliënt met een morfinepleister. Een zorgverlener vertelt ook dat zij in het systeem kunnen aangeven dat zij bijvoorbeeld medicatie aan de cliënt hebben meegegeven tijdens een loogerweekend. De inspectie ziet in het ECD dat de medicatie is meegegeven en in eigen beheer is.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet zorg en dwang (Wzd).
- Wet verplichte GGZ (Wvvggz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsplan 2022 Groenhuysen;
- Kwaliteitsvenster Groenhuysen 2021;
- Heidenieuws week 27;
- Contextinformatie;
- Audit medicatieveiligheid Zorgapotheek Heidestede, juni 2022;
- Audit medicatieveiligheid Zorgapotheek Heidestede 2021;
- Eindrapportage positiebepaling Heidestede 30 november 2020;
- Enquête infectiepreventie medewerkers Heidestede Groenhuysen;
- Heidestede 2.0 Rode Draad voortschrijdende agenda 2022;
- Heidestede 04-maandbespreking 2022;
- Heidestede 12-maandbespreking 2021;
- Hygiëne bij Groenhuysen instructie (infographic);
- Hygiëne en infectiepreventie, overzichtsdocumenten;
- IP scan-121 Pioenroos Seringe 18 januari 2022 Heidestede;
- IP scan-131 Goudsbloem Jasmijn 18 januari 2022 Heidestede;
- IP scan-Heidestede 125 Annemoon Madelief 4 augustus 2021;
- IP scan-Zorgappartementen Dalia 18 januari 2022 Heidestede;
- Klanttevredenheidsonderzoek december 2020 Heidestede;
- Leerlingen + inventarisatie opleidingen Heidestede 5 januari 2022;
- Medicatie werkafspraken Groenhuysen;
- Medicatiebeleid Groenhuysen;
- Notulen Kwaliteitsoverleg 22 februari 2022;
- Notulen Kwaliteitsoverleg 28 juni 2022;
- Notulen Medicatieveiligheid 6 juli 2021;
- Overzicht Bevoegd Bekwaam 5 verplichte handelingen Heidestede;
- Overzicht gevolgde scholingen Heidestede 18-7-2022;
- Presentatie HBO-V 28 april 2022;
- Presentatie netwerkbijeenkomst 5 juli 2022;
- Verbeterplan klanttevredenheid 2020-2021 Heidestede;
- VIM-analyse februari 2022;
- VIM-trends en acties Heidestede januari - maart 2022;
- Wet zorg en dwang, Visie en Beleid intramuraal.

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl